

訪 問 看 護 指 示 書 *該当する指示書を○で囲むこと
在宅患者訪問点滴注射指示書

訪問看護指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日) 6ヶ月を限度
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日) 7日間を限度

患者氏名		生年月日	明・大・ <input checked="" type="checkbox"/> ・平年月日 (歳)							
患者住所	〒		電話							
現在の状況・該当項目に○印等	主たる傷病名									
	病状・治療状態									
	投与中の薬剤の 用量・用法	1.	2.							
		3.	4.							
		5.	6.							
	日常生活自立度	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
		認知の状況	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
	要介護認定の状況	要支援 1 2 要介護 (1 2 3 4 5)								
褥瘡の深さ	NPUAP 分類		III度	IV度	DESIGN 分類		D3	D4	D5	
装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置		2. 透析液供給装置		3. 酸素療法 (/min)					
	4. 吸引器		5. 中心静脈栄養		6. 輸液ポンプ					
	7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻:チューブサイズ				、		日に1回交換)			
	8. 留置カテーテル(サイズ				、		日に1回交換)			
	9. 人工呼吸器(陽圧式・陰圧式:設定									
	10. 気管カニューレ(サイズ				11. ドレーン(部位					
	12. 人工肛門		13. 人工膀胱		14. その他(
留意事項及び指示事項	I 療養生活指導上の留意事項									
	II 1. リハビリテーション 2. 褥創の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他									
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)										
緊急時の連絡先 不在時の対応法										
特記すべき留意事項 (注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回、随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)										
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有 : 指定訪問看護ステーション)										
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有 : 訪問介護事業所名)										

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。 平成 年 月 日

医療機関名

住所

電話

(FAX)

医師氏名

(印)

指定訪問看護ステーション

訪問看護ステーション プラチナ・ヴィラ青葉台